

Ehrhardt, Klaus J.

Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 9, S. 329-335



Quellenangabe/ Reference:

Ehrhardt, Klaus J.: Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 9, S. 329-335
- URN: urn:nbn:de:0111-opus-8343 - DOI: 10.25656/01:834

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8343>

<https://doi.org/10.25656/01:834>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R.Adam, Göttingen · A.Dührssen, Berlin · E.Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

38. Jahrgang / 1989

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd.IV. München: Reinhardt. – Wallerstein, R. S. (ed.) (1981): *Becoming a Psychoanalyst. A Study of Psychoanalytic Supervision*. New York: International Universities Press. – Zauner, J. (1976a): Zur Rolle der Familiendynamik in der Kindertherapie. In: J. Zauner (Hg.): *Familiendynamik und analytische Kindertherapie. Methoden und*

Probleme. Göttingen: Verl. f. Med. Psychol. im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. K.W.Blesken, Psychologische Praxis Tiergarten, Dortmund Str. 13, 1000 Berlin 21.

Erziehungsberatung

Aus der Abteilung Kinder-Jugend-Eltern-Beratung des Jugendamtes der Stadt Frankfurt am Main
(Leiter: Dr. med. K.J.Ehrhardt)

Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung

Von Klaus Jürgen Ehrhardt

Zusammenfassung

Die verbreitete Meinung, Erziehungsberatungsstellen seien mittelschichtorientiert, ist ein Vorurteil. Untersuchungen der letzten 15 Jahre zeigen, daß der Anteil von Unterschichtfamilien in Erziehungsberatungsstellen mindestens deren Grundrate in der Bevölkerung entspricht. Viel Verwirrung in dieser Frage entstand durch einige Untersuchungen mit ungenauen Methoden und unklaren Bezugsgrößen. Die Tendenz, daß Kinder- und Jugendpsychiater (als eigener Dienst oder bei integrierter Arbeitsweise) etwas häufiger von Unterschichtfamilien aufgesucht werden als Eb-Stellen ohne Ärzte, wird zunehmend deutlich. Das rechtfertigt jedoch nach unserer Meinung *nicht* die Einrichtung von eigenständigen kinderpsychiatrischen Diensten der ersten Linie, was auch den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête widersprechen würde. Allerdings ist die Mitarbeit eines entsprechend qualifizierten Arztes in jeder Eb-Stelle notwendig. Eine solche Zusammenarbeit im Team hilft Verständigungsschwierigkeiten und einseitige Sichtweisen abzubauen und verhilft zum gegenseitigen Verstehen und Lernen, verbessert die dringend notwendige Kooperation und qualifiziert dadurch die Hilfsangebote für die Ratsuchenden. Um die Unterschicht vermehrt zu erreichen, muß außerdem nach neuen Denk- und Handlungsansätzen gesucht werden, und die Hilfsmöglichkeiten müssen durch professionelle Öffentlichkeitsarbeit bekanntgemacht werden.

1 Einleitung

Es ist eine weitverbreitete Meinung, Erziehungs- und Familienberatungsstellen (Eb-Stellen) würden überwiegend von Angehörigen der Mittelschicht in Anspruch ge-

nommen. Diese Auffassung wird gestützt unter anderem durch die Kenntnis einer anspruchsvollen Technik wie der Psychoanalyse, auch durch die Erfahrung der allgemeinen Sozialdienste, die überwiegend von sozial Schwachen aufgesucht werden und oft nicht die Hilfe bei Erziehungsberatungsstellen bekommen, die sie sich erwarten. Wissenschaftliche Untersuchungen kamen immer wieder zu dem Ergebnis, daß Angehörige der Unterschichten nicht seltener als Angehörige der Mittelschichten die Beratungsstellen aufsuchen; sie konnten aber die allgemeine Meinung bisher nicht verändern.

Eine besondere Aktualität bekommt diese Frage im Zusammenhang mit der Diskussion um die psychosoziale Versorgung, die in der Folge der Psychiatrie-Enquête vor 15 Jahren die verschiedenen psychosozialen Hilfsangebote aus ihrer Einzelstellung im Rahmen eines Verbundsystems differenzierter und abgestufter Hilfen zu sehen begann. Zur Ergänzung der Eb-Stellen wurden kinderpsychiatrische Dienste gefordert und als Ambulanzen an Kliniken (Einrichtungen der 2. Linie) oder als eigenständige kinderpsychiatrische Dienste (Einrichtungen der ersten Linie, z. B. in Mannheim und Bremen) organisiert. Die gerade vorgelegten Empfehlungen der Expertenkommission geben dem Ausbau niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater die höchste Priorität (BMJFFG, 1988, S. 398–407, 434).

Während bisherige vergleichende Untersuchungen stets zu dem Ergebnis kamen, daß sich die Klientel im Hinblick auf Schichtzugehörigkeit und Problemstellung zwischen Eb-Stellen und kinderpsychiatrischen Diensten nicht wesentlich unterscheidet, hat die Mannheimer Arbeitsgruppe (Sundström et al., 1987) jetzt erstmals Ergebnisse vorgelegt, wonach der Anteil der unteren sozialen Schichten in den kinderpsychiatrischen Diensten deutlich höher liegt.

Es stellen sich daraus für diese Arbeit folgende Fragen:

- Sind Angehörige der Unterschicht in Eb-Stellen unterrepräsentiert?
- Bringt die Mitarbeit von entsprechend qualifizierten Ärzten in Eb-Stellen eine Veränderung der Klientel?
- Ist die Einrichtung eigener kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste der ersten Linie gerechtfertigt?

Viel Verwirrung in diese Diskussion brachten unterschiedliche Definitionen von Unterschicht. Als erstes soll deshalb die Einteilung der Schichten anhand der grundlegenden Arbeiten von *Moore* und *Kleining* (1960), *Kleining* u. *Moore* (1968) und *Kleining* (1975) geklärt werden. Auf diesem Hintergrund sollen die Ergebnisse verschiedener empirischer Untersuchungen zur Inanspruchnahme eingeordnet werden. Als drittes sollen eigene empirische Ergebnisse der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung in Frankfurt dargestellt werden. Seit vielen Jahren wird hier ein eigenes Modell der integrierten Zusammenarbeit praktiziert: in jeder der 6 Beratungsstellen arbeitet je ein Arzt hauptamtlich im Team mit.

2 Zur Einteilung der sozialen Schichten

In Anlehnung an amerikanische Untersuchungen bekannten *Moore* und *Kleining* in den 50er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland ein Modell der sozialen Schichtung empirisch zu erarbeiten. Bei aller Problematik, auf die z.B. *Smid* und *Armbruster* (1980, Seite 38 f.) hinweisen, hat es sich als praktikables deskriptives Instrument durchgesetzt und die meisten Untersuchungen zur Frage der Schichtverteilung in Beratungsstellen oder kinderpsychiatrischen Diensten nehmen darauf Bezug. Die repräsentativen Erhebungen mit diesem Instrument im Jahr 1975 sind die derzeit aktuellste Feststellung der Häufigkeiten in der Bevölkerung („Grundraten“) der Bundesrepublik. (Eine neue Erhebung der Schicht war mit der Volkszählung 1970 vorgesehen, wurde aber – zumindest in Hessen lt. mündlicher Aussage des Hess. Statistischen Landesamtes – nicht ausgewertet. Bei der Volkszählung 1987 war eine Erhebung der Schicht aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mehr möglich.)

Für die Schichtbestimmung werden in der Soziologie vor allem die Kriterien (Hoch-)Schulabschluß, ausgeübter Beruf und Vermögen herangezogen. In ihren Untersuchungen haben *Moore* und *Kleining* (1960, 1968, 1975) zunächst empirisch nachgewiesen, daß der Beruf des Hauptverdieners einer Familie das valideste der drei Kriterien ist. Dann haben sie die Berufe nach ihrem Sozialprestige in einer Rangfolge gebracht, die von der Oberschicht (Inhaber großer Unternehmen, Großgrundbesitzer, Prestigeberufe) bis zu den „sozial Verachteten“ (Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter) reicht. Die ermittelten Häufigkeiten in der Bevölkerung („Grundraten“) ergaben eine monovalente Verteilung (Tabelle 1). Der Median trennte die Bevölkerung in 51% Ober- und Mittelschicht und 49% Unterschicht und Sozial Verachtete (1960).

Mit dem sozialen Aufstieg in der Bundesrepublik Deutschland veränderten sich die Schichtanteile. So hat der Anteil der Unterschichten zwischen den Erhebungen 1960 und 1975 von 49% auf 41% abgenommen. Eine weitere Zunahme der oberen Sozialschichten in den letzten Jahren ist anzunehmen, besonders in den Großstädten, dort gleichzeitig aber auch eine Zunahme der „Sozial Verachteten“, so daß sich die beiden Trends beim Zweischichten-Modell (Tabelle 2), das wir für die Vergleiche zur Inanspruchnahme heranziehen, möglicherweise ausgleichen.

Arbeitslose können mit dem Schema nicht zugeordnet werden; sie sollten bei zukünftigen Erhebungen als eigene (zusätzliche) Kategorie erfaßt werden.

Die Grundraten der einzelnen Schichten differieren erheblich zwischen Großstädten, mittleren Städten und dem Land. Für die Bewertung der Inanspruchnahme sollten unbedingt die entsprechenden Grundraten der Einzugsgebiete als Vergleichszahl benutzt werden.

In der Diskussion um soziale Bevölkerungsschichten entstehen oft Mißverständnisse: umgangssprachlich werden als „Unterschicht“ manchmal nur soziale Randgruppen oder die „Sozial Verachteten“ (Schicht 7: 2%) bezeichnet; manchmal wird die untere Unterschicht (Berufe mit harter körperlicher Arbeit wie Straßenarbeiter,

Tab. 1: Soziale Schichteinteilung und Häufigkeiten (in Prozent) in der Bevölkerung der BRD (Grundraten der 16–65jährigen)

Schichteinteilung	BRD	Metropolen	andere Städte	Land
1 Oberschicht	0.4	1.2	0.4	0.1
2 obere Mittelschicht	7.4	11.5	8.3	4.0
3 mittlere Mittelschicht	11.3	14.3	12.8	7.2
4 untere Mittelschicht	40.3	43.8	41.2	36.8
5 obere Unterschicht	27.6	20.0	26.2	33.9
6 untere Unterschicht	10.7	6.8	9.7	14.5
7 sozial Verachtete	2.2	2.4	1.4	3.5
N	10900	1610	5995	3295

Metropolen: Berlin, Hamburg, Bremen, Düsseldorf, Köln, Frankfurt, Stuttgart, München. Andere Städte: über 5000 Einw. exkl. Metropolen. Land: bis 4999 Einw. (aus Kleining, 1975)

Tab. 2: Prozentuale Häufigkeiten bei Zusammenfassung in zwei Schichten (aus Kleining, 1975)

Schichteinteilung	BRD	Metropolen	andere Städte	Land
1-4 Mittelschicht	59	71	63	48
5-7 Unterschicht	41	29	37	52

einfache landwirtschaftliche Arbeiter) dazugerechnet (Schicht 6 und 7: 13%). Nach *Moore* und *Kleining* bildet die „Masse der Industriearbeiter wie Gießler, Dreher ... Handwerksgehilfen und unterste Angestellte wie Kellner, Büroarbeiter“ die „Obere Unterschicht“, und diese drei unteren Schichten gemeinsam die Unterschicht (s. Tabelle 2).

3 Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten durch Unterschichtsfamilien in der Literatur

Wir beziehen uns vor allem auf die drei folgenden sorgfältigen und umfangreichen Untersuchungen: *Smid* und *Armbruster* (1980: Hess. Erziehungsberatungsstellen); *Höger* und Mitarbeiter (1984: Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrische Dienste in der ganzen Bundesrepublik und eigene Untersuchungen im Bereich Südniedersachsen); *Sundström* und Mitarbeiter (1987: Erziehungsberatungsstellen und zwei kinder- und jugendpsychiatrische Dienste in Mannheim und Schwet-

zingen). Bei allen drei Arbeiten wurde die Schichtzugehörigkeit nach *Moore* und *Kleining* erhoben. Sie wurde vom Verfasser – soweit möglich – nachgeprüft und nachgerechnet und bei Unklarheiten mit dem Autor korrespondiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 angegeben. Je nach Einzugsgebiet ist die jeweilige Grundrate in Klammern vermerkt.

Smid und *Armbruster* führten im Jahr 1976 eine vergleichende Untersuchung bei allen 24 hessischen Erziehungsberatungsstellen durch (die Hälfte der Beratungsstellen hatte die Schichtzugehörigkeit erhoben). Die Autoren verwandten die sieben Kategorien von *Moore* und *Kleining*, rechneten aber dann die obere Unterschicht (fälschlicherweise) zur Mittelschicht und kamen dadurch zu einem überhöhten Mittelschichtanteil von 68,7% (S. 41) und folgerten, „daß die Institution Erziehungsberatung tendenziell auf die Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Einstellungen der Mittelschicht zugeschnitten ist“. Unter Anwendung der Definition von *Moore* und *Kleining* ergibt sich aus der Tabelle 13 von *Smid* und *Armbruster* (1980, S. 40) jedoch ein Anteil von 40% Unterschichtsfamilien, was deren Grundrate in der Gesamtbevölkerung (41%) entspricht!

Tab. 3: Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durch Unterschichtsfamilien in Prozent (entspr. Grundrate des Einzugsgebietes in Klammern) in der Literatur und in der eigenen Erhebung

Untersuchung	Erhebungsjahr	Anteil der Unterschicht (Grundrate in der Bevölkerung)	
		Eb-Stellen	KJP
<i>Smid u. Armbruster</i>	1976	–	–
12 hessische Eb-Stellen	–	40 (41)	–
<i>Höger u. Mitarbeiter</i>	1982	–	–
4 Eb-Stellen	–	32–61 (52)	–
1 KJP-Ambulanz (Göttingen)	–	–	49 (37)
<i>Höger u. Mitarbeiter</i>	1984	–	–
8 Eb-Stellen	–	48 (52)	–
1 KJP-Ambulanz (Göttingen)	–	–	54 (37)
<i>Sundström u. Mitarbeiter</i>	1983/1984	–	–
1 Eb-Stelle (Schwetzingen)	–	37 (37)	–
1 KJP-Dienst (Schwetzingen)	–	–	66 (37–52)
1 KJP integ. in Eb-Stelle (Mannheim)	–	–	64 (37)
Eigene Erhebung			
6 Eb-Stellen mit integr. Arzt (Frankfurt)	1984	50	–
	1981–1986	49–59 (29)	–

In einer Erhebung im Jahre 1982 verglichen Höger *et al.* (1984) die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik der Universität Göttingen mit vier Erziehungsberatungsstellen „der umliegenden Region“. Der Anteil der Unterschichtklienten in der kinderpsychiatrischen Ambulanz betrug 49%, der der Beratungsstellen war recht unterschiedlich und lag zwischen 32% und 61%. In ihrer Arbeit geben die Autoren auch eine Literaturübersicht zur Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Diensten, wobei von neun Artikeln fünf Angaben zur Schicht enthalten. Zusammenfassend stellen sie fest, daß „für die Verteilung der Variablen Alter, Geschlecht und soziale Schicht – auch über längere Zeiträume – keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmepopulationen von kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Erziehungsberatungsstellen erkennbar sind. Beide scheinen in der Praxis mit ähnlichen Problemen konfrontiert zu sein.“ Als Ausnahme nennen sie die Untersuchung von Smid und Armbruster (die jedoch, wie oben festgestellt, auf einer fehlerhaften Klassifikation beruht) und einen hohen Unterschichtanteil (73%) an der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz der Freien Universität Berlin.

In erweitertem Umfang haben Höger *et al.* ihre Erhebung 1984 wiederholt. Die Ergebnisse sind als Manuskript 1985 veröffentlicht. Die durchschnittliche Inanspruchnahme der Erziehungsberatungsstellen durch Unterschichtklienten beträgt jetzt 48% (bei einer Grundrate von 52% in der ländlichen Region), die der kinderpsychiatrischen Ambulanz ist mit 54% numerisch etwas höher, im Vergleich zur Grundrate der Stadt deutlich höher (was aber im Hinblick auf den auch ländlichen Einzug der dortigen Kinderpsychiatrie relativiert werden muß). In der gleichen Arbeit werden auch interessante Vergleichszahlen der Inanspruchnahme von Schulpsychologen (50% Unterschicht) und Jugendämtern (73% Unterschicht) genannt.

Die jüngste Untersuchung zu dieser Fragestellung (Sundström *et al.*, 1987) kommt zu dem überraschenden Ergebnis, daß zwei neu eingerichtete kinder- und jugendpsychiatrische Dienste deutlich stärker von Angehörigen der Unterschicht in Anspruch genommen werden (64% bzw. 66%) als die Erziehungsberatungsstellen im Raum (Mannheim und Schwetzingen). Bei ersteren überwiegen außerdem Störungen des Sozialverhaltens und Zuweisungen durch Ärzte und Ämter. Die Autoren folgern daraus, daß „die hier vorgestellten gemeindenahen kinder- und jugendpsychiatrischen Modellmaßnahmen als eine wesentliche Ergänzung zu den bestehenden ambulanten Angeboten anzusehen sind“.

Betrachten wir zunächst die Inanspruchnahme der beiden Erziehungsberatungsstellen genauer. Der Unterschichtanteil der Beratungsstelle Schwetzingen beträgt 37% (s. Tab. 2, auf Seite 222; die Angabe von 46% auf Seite 223 beruht auf einem Schreibfehler. Die richtige Zahl verstärkt noch die Aussage des Artikels. Rössler, Schmidt, mündliche Mitteilungen). Zieht man die Grundrate der kleinstädtischen Region zum Vergleich heran, so

liegt diese bei 37%: der Unterschichtanteil ist also in dieser Beratungsstelle entsprechend repräsentiert. In der Beratungsstelle Mannheim wurde die Schichtzugehörigkeit nicht erhoben. Die Zahl der Sozialhilfeempfänger in der Klientel liegt mit etwa 21% etwa doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt (Hundsatz, mündliche Mitteilung) und läßt vermuten, daß der Unterschichtanteil in dieser Beratungsstelle zumindest nicht unterrepräsentiert ist.

Trotzdem ist die Inanspruchnahme der beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste durch Angehörige der Unterschicht erheblich höher als in den beiden Beratungsstellen, was noch deutlicher wird bei Heranziehung der Grundraten nach Kleining (1975): für den kinderpsychiatrischen Dienst in Schwetzingen 37–52%, weil auch das ländliche Umfeld zum Einzugsbereich gehört; für Mannheim 37% (der von den Autoren angegebene Unterschichtanteil von 46% stammt vom Büro des Oberbürgermeisters [mündliche Auskunft]). Die Zahl stützt sich vermutlich auf die Volkszählung 1970, der eigene Kriterien für die Schichteinteilung zugrunde lagen: sie ist deshalb als Vergleichszahl nicht brauchbar.

4 Die Inanspruchnahme der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung in Frankfurt am Main (eigene Erhebung)

Die Kinder-Jugend-Eltern-Beratung des Jugendamtes der Stadt Frankfurt praktiziert seit vielen Jahren eine integrierte Zusammenarbeit mit Ärzten in den Beratungsstellen. Neben anderen soziodemographischen Merkmalen wird jährlich auch die Schichtzugehörigkeit nach den Kriterien von Moore und Kleining erhoben. Die Kinder-Jugend-Eltern-Beratung in Frankfurt umfaßt sechs Beratungsstellen, die jeweils für ein Teilgebiet der Stadt zuständig sind (nur städt. Einzugsbereich), und zwei heilpädagogische Kindertagesstätten. Jede Beratungsstelle verfügt über eine volle Planstelle für einen Arzt, der voll integriert im Team der Beratungsstelle arbeitet. Mit dem Wandel des beraterischen Ansatzes haben sich die Aufgaben der Ärzte von den vorwiegend diagnostischen und gutachterlichen Aufgaben zu einer Fachkraft mit kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz verlagert. Entsprechend der ämterübergreifenden Organisation der Frankfurter Beratungsstellen (auch bekannt als „Frankfurter Modell“, Lechler 1975) sind an die Ärzte der Beratungsstellen auch Aufgaben des Gesundheitsamtes delegiert: der ärztliche Dienst an den Frankfurter Sonderschulen und amtsärztliche Funktionen. Ersteres eröffnet den Zugang zu einer sozialen Randgruppe, das zweite erspart den Klienten Wege zu anderen Ämtern, die Versorgung liegt in einer Hand, eine enge Kooperation zwischen verschiedenen Dienststellen ist damit vorgegeben.

Durch die Nähe zu den anderen Ämtern sind Zuweisungen vom Jugendamt und allgemeinem Sozialdienst im Vergleich zu anderen Beratungsstellen relativ hoch (1981–1986 zwischen 19% und 30%). Der Anteil an den Unterschichtklienten liegt 1984 (zum Erhebungszeit-

punkt in Mannheim) bei 50% und schwankt in den letzten 6 Jahren zwischen 49% und 59%, bei einer Grundrate von 29% in der Frankfurter Bevölkerung. Der Anteil der Unterschichtklienten in der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung liegt zwischen den Werten anderer Erziehungsberatungsstellen (ohne ärztliche Mitarbeiter) und denen der kinderpsychiatrischen Dienste in Mannheim und Schwetzingen. Im Hinblick auf den niedrigen Unterschichtanteil in Frankfurt wird besonders deutlich, daß diese Bevölkerungsgruppe in der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung überrepräsentiert ist.

5 Diskussion

5.1 Zur Erhebung der sozialen Schichten

Die Durchsicht der Literatur zur Inanspruchnahme durch verschiedene Bevölkerungsschichten macht deutlich, wie wichtig der Bezug auf ein bestimmtes Schichtmodell und der exakte Erhebungsmodus ist, wenn vergleichbare Zahlen gewonnen werden sollen (eine Forderung, die ja generell für replizierbare Untersuchungen gilt). In der Bundesrepublik hat sich das Modell von Moore und Kleining in den 60er Jahren durchgesetzt. Wie jedes Schichtmodell hat es seine Mängel; auf einige wurde im Abschnitt 2 bereits hingewiesen; die weitere Diskussion soll hier nicht geführt werden. Es handelt sich um ein verbreitetes und einfach zu handhabendes Schema, das – schon in Ermangelung ähnlich elaborierter Methoden und aktuellerer Erhebungen im deutschsprachigen Raum – auch in Zukunft angewandt werden sollte.

Wichtig für unsere Zwecke sind die bedeutsamen Unterschiede in den Grundraten von Metropolen, Städten und dem Land. Selbst wenn sich die Zahlen in den letzten 13 Jahren vermutlich etwas verschoben haben, bleiben die erheblichen Unterschiede zwischen den Regionen bestehen. Eine Inanspruchnahme von z.B. 37% Unterschichtangehörigen ist ganz anders zu bewerten, wenn die Beratungsstelle einen ländlichen Einzugsbereich hat (Grundrate 52%) oder in einer Metropole liegt (Grundrate 29%). Im ersten Fall wäre die Unterschicht unterrepräsentiert, im zweiten Fall überrepräsentiert.

5.2 Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Diensten

Die Erhebungen in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland zeigen, daß in den Eb-Stellen die Inanspruchnahmeraten der Unterschicht den Grundraten der Bevölkerung in der jeweiligen Region ziemlich genau entsprechen (mit Ausnahme von Frankfurt, wo sie höher liegen, worauf noch genauer eingegangen wird). Damit kann das häufige Urteil, Eb-Stellen würden überwiegend von der Mittelschicht aufgesucht, als Vorurteil zurückgewiesen werden. Auch die Vermutung, innerhalb der Unterschichtklientel der Eb-Stellen wäre vielleicht die obere Unterschicht gehäuft vertreten, erweist sich bei

Durchsicht der (hier nicht wiedergegebenen) 7stufigen Originaltabellen als nicht zutreffend mit der Ausnahme, daß Angehörige der untersten Sozialschicht („Sozial Verachtete“) fast nie eine Beratungsstelle aufsuchen.

In ihrer umfangreichen Erhebung 1984 bei acht Eb-Stellen weisen Höger et al. (1987) darauf hin, daß der Unterschichtanteil (durchschnittlich 48%) zwischen den einzelnen Eb-Stellen erheblich variiert. Die Ursachen sind einmal in konzeptionellen Unterschieden zu suchen (Übersicht zur aktuellen Diskussion z.B. in Zygowski, 1984, und in Heft 6 der *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 1987); zum anderen in der Trägerschaft: kommunale Eb-Stellen werden häufiger vom Jugendamt in Anspruch genommen als Beratungsstellen in frei gemeinnütziger Trägerschaft, sie sind dadurch stärker mit Unterschichtfamilien konfrontiert.

Vergleicht man die Inanspruchnahme von Eb-Stellen mit kinderpsychiatrischen Diensten, so waren die Unterschiede bisher stets geringfügig. Erstmals zeigt die Untersuchung in Mannheim/Schwetzingen einen deutlich höheren Unterschichtanteil. Die Erhebung wurde in den ersten zwei Jahren nach der Neueinrichtung dieser beiden Dienste angestellt. Gewisse Anfangseffekte könnten dabei eine Rolle spielen, daß etwa einem neuen Dienst erstmals auch Fälle zugewiesen werden, für die man bisher keine entsprechende Hilfe fand („Multiproblem-Familien“; die erhöhte Zuweisung von Ämtern und von Heimkindern wird in der Arbeit berichtet). Aber es ist auch bekannt, daß gerade Unterschichtfamilien vermehrt Schwierigkeiten haben, psychologische Dienste aufzusuchen und eher zum Arzt gehen; und manche Sozialarbeiter schicken Familien aus den verschiedensten Gründen eher zum Arzt als zur Beratungsstelle. Aus dieser Sicht ist es durchaus plausibel, daß die Mitarbeit von Ärzten in Beratungsstellen den Unterschichtanteil anheben kann. Das ist vermutlich eine Ursache für die Inanspruchnahme der Kinder-Jugend-Eltern-Beratung in Frankfurt, wo seit der Gründung im Jahr 1917 in jeder Beratungsstelle ein Arzt integriert mitarbeitet. Hier ist der Anteil der Unterschichtklienten deutlich höher als deren Grundrate in der Bevölkerung und höher als in Beratungsstellen ohne Arzt.

6 Schlußfolgerungen für die psychosoziale Planung

Sundström et al. (1987) folgern aus ihrer Untersuchung, daß ihre vorgestellten „gemeindenahen kinder- und jugendpsychiatrischen Modellmaßnahmen als eine wesentliche Ergänzung zu den bestehenden ambulanten Angeboten (Eb-Stellen ohne Arzt, Verf.) anzusehen sind“. Ähnliche Überlegungen führten z.B. zur Einrichtung jugendpsychiatrischer Dienste am Gesundheitsamt in Bremen (Bieback, 1984).

Diesen Forderungen kann insofern zugestimmt werden, als ärztliche, speziell kinder- und jugendpsychiatrische Fachkompetenz in die ambulante Versorgung von Minderjährigen und deren Familien in vielen Fällen notwendigerweise mit einbezogen werden muß. Wir sind

aber nicht der Meinung, daß dazu (außer den Ambulanzen an Kinderpsychiatrischen Kliniken, sogen. Einrichtungen der 2. Linie) noch eigene kinder- und jugendpsychiatrische Dienste neben der Vielzahl anderer Dienste geschaffen werden sollten. Vielmehr plädieren wir nachdrücklich für die integrierte Arbeitsweise, d. h. die Einbeziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters in das Team jeder Eb-Stelle. Dabei stützen wir uns einmal auf die Ergebnisse in Frankfurt, die besagen, daß damit vermutlich verstärkt Unterschichtklienten für Beratung und Hilfe erreicht werden können. Noch wesentlicher erscheinen uns jedoch konzeptionelle Überlegungen: Das Feld der von Eb-Stellen behandelbaren Störungsbilder wird umfangreicher und kann qualifizierter bewältigt werden (z. B. auch psychosomatische Störungen, Wechselwirkung von körperlichen und psychischen Faktoren bei Behinderungen, psychotische Störungen bei Jugendlichen oder Familienangehörigen). Nur wenn der Arzt als Mitarbeiter in der Beratungsstelle und im Team integriert ist, ist ein regelmäßiger Gedankenaustausch möglich, kann er seine medizinischen Befunde vermitteln, können diese im Hinblick auf die psychologischen und sozialarbeiterischen Erkenntnisse gewichtet und in die Therapieplanung eingebracht werden.

Anders als bei Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters von außen können bei der Integration des Arztes im Team die Unterschiede im Denkansatz und in der Terminologie – die sich auf die Zusammenarbeit oft so hinderlich auswirken – überwunden werden und gegenseitige Lernprozesse bei allen Beteiligten stattfinden, die als qualifiziertere Hilfe den Ratsuchenden zugute kommen. Diese Folgerungen stehen im Einklang mit der Psychiatrie-Enquête, die vor einer weiteren Aufsplitterung in spezialisierte psychosoziale Hilfsdienste warnt, bedeuten aber eine (interdisziplinäre) Alternative zu den jetzt vorgelegten Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG, 1988, S. 398–407, 434).

Kritisch muß vermerkt werden, daß die einfache Integration eines entsprechend qualifizierten Arztes in die Eb-Stelle nicht ausreicht, wenn für die Unterschicht mehr „verwertbare“ Hilfe entstehen soll. Notwendig sind außerdem:

- Denk- und Handlungsansätze, mit denen Unterschichtsfamilien erreicht werden können (Stichwort: Konzept. Vgl. z. B. Gmür et al., 1984; neue Handlungsansätze für „Multiproblem-Familien“ bei Clemenzenz und Combe, 1989);
- ein verstärktes Bewußtsein dafür, daß Eb-Stellen ein Glied im Spektrum der Hilfseinrichtungen für Minderjährige und deren Familien sind (Stichwort: verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Niedergelassenen);
- daß die Hilfsangebote der Eb-Stellen und deren Bedingungen (Schweigepflicht, Kostenfreiheit) der Bevölkerung, speziell Angehörigen der Unterschicht, bekannt gemacht werden müssen (Stichwort: Öffentlichkeitsarbeit).

Summary

Are the Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?

The widespread opinion, that child guidance clinics were adapted to the standards of middle-class families is a prejudice. Investigations during the past 15 years have shown, that the percentage of lower-class families at least reaches the average rate of lower-class families in the west-german population. A lot of confusion concerning this question is due to certain investigations using unprecise methods and not clearly defined references. The tendency, that Child- and Adolescent Psychiatrists (working as an independent service or integrated into a multiprofessional team) are frequented slightly more often by lower-class families than child guidance clinics without doctors, is becoming increasingly evident. This however does not in our opinion justify the foundation of independent child-psychiatric-services in the first front. This would also conflict with the recommendations made by the „Psychiatrie-Enquete“. Instead it is advisable to integrate appropriately qualified doctors in all child guidance clinics. This kind of teamwork helps to overcome misunderstandings as well as narrow minded views and makes mutual understanding and learning possible, it improves the inevitable essential cooperation and through that ameliorates the quality of the auxiliary-service for the clients. To meet the needs of lower-class clients, we have to search for new ways of thinking and coping in child guidance work and these services should be made known through professional public relation work.

Literatur

- Bieback, H. (1984): Modellhafte Erprobung gemeindenaher psychiatrischer Versorgung im Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes. Konzeption und Erfahrungen. Öff. Gesundheitswesen 46: 430–433. – Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn. – Clemenzenz, M.; Combe, A. u. a. (1989): Soziale Krise, Institution und Familiendynamik. Konfliktstrukturen und Chancen therapeutischer Arbeit bei Multiproblem-Familien. Forschungsbericht des Zentrums für psychosoziale Forschung und Beratung e. V., Frankfurt. – Gmür, W.; Buchholz, W.; Höfer, R.; Straus, F. (1984): Zu den Zugangsproblemen von Unterschichtfamilien. Der Beratungszugang als Entscheidungsprozeß. In: H. Zygowski (Hg.): Tübingen. – Höfer, Ch. (1987): Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 36: 204–209. – Höfer, Ch.; Quistorp, S.; Bahr, J.; Breull, A. (1984): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33: 264–271. – Kleining, G. (1975): Soziale Mobilität in der BRD II – Status- oder Prestigemobilität. Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 27: 273–292. – Kleining, G.; Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 20,

- 502-551. - *Lechler, H.* (1975): Die psychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in der Zukunft. *Öff. Gesundh.-Wesen* 37: 464-477. - *Moore, H.; Kleining, G.* (1960): Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. *Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol.* 12: 86-119. - *Smid, H.; Armbruster, E.* (1980): Institutionelle Erziehungsberatung - eine Bestandsaufnahme in Hessen. Weinheim. - *Sundström, G. A.; Rössler, W. J.; Schmidt, H.-M.; Heiden, W. a. d.; Jung, E.* (1987): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angeboten. Erste empirische Ergebnisse. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 36: 220-225. - *Zygowski, H.* (Hg.) (1984): Erziehungsberatung in der Krise. Analysen und Erfahrungen. Tübingen.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Klaus J. Ehrhardt, Abt. Kinder-Jugend-Eltern-Beratung, Weißfrauenstraße 10, 6000 Frankfurt am Main.
- Volkmann & Ruprecht (1989)